Tribunal de Justiça da Paraíba
PJe - Processo Judicial Eletrônico

15/06/2020

Número: **0853958-21.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **12ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **10/09/2019**
Valor da causa: **R$ 13.500,00**
Assuntos: **Seguro**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GEILSON ASSIS DA SILVA (AUTOR)	**IAGO BERNARDO FILIZOLA CARRAZZONI (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	**SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)**

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31543672	15/06/2020 10:27	2725500_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190458550 **Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA**

Data do Acidente: 12/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GEILSON ASSIS DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois o entregue não permite a leitura das informações

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois o entregue não permite a leitura das informações.

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00831/00832 - carta_03 - INVALIDEZ

00040416

Carta nº 14679640

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190458550 **Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA**

Data do Acidente: 12/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEILSON ASSIS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01735/01736 - carta_01 - INVALIDEZ

00020868

Carta nº 14681908

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190458550 **Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA**

Data do Acidente: 12/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GEILSON ASSIS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.
Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 12/09/2018, emitido pelo Dr. ILEGÍVEL CRM nº 0000 - PB, da Instituição HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA HUMBERTO LUCENA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00549/00550 - carta_31 - INVALIDEZ

00070275

Carta nº 15265218

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, GEILSON ASSIS DA SILVA,
PORTADOR(A) DO RG Nº 3215309 EXPEDIDO POR SSP/PB EM ___/___/___ E
CPF 066542964-08 /CNPJ _____, PROFISSÃO MOTORISTA
E RENDA MENSAL DE R$ 1300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O PROPRIO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0218-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 60992-7

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

P. DE FOGO-PB, 07 de DEZEMBRO de 2018 Geilson Assis da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

00405


Bradesco
International
6504 9461 9984 6108
03/23
VALID THRU
GEILSON ASSIS DA SILVA
elo


AGÊNCIA
CONTA
0218 6 0060992 7 201
AUTHORIZED SIGNATURE
NO EXTERIOR
Banco24Horas
ATM
pulse
Diners Club
DISCOVER

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	066.542.364-08	GEILSON ASSIS DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: GEILSON ASSIS DA SILVA			CPF: 066.542.364-08
Profissão: MOTORISTA	Endereço: R. WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS		Número: 157 / Complemento: CASA
Bairro: MANGUEIRA	Cidade: PEDRAS DE FOGO	Estado: PB	CEP: 58328-000
E-mail:			Tel.(DDD): (81) 99419-5926

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo **(ANEXAR CÓPIA).**

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0218 (6) (Informar o dígito se existir) CONTA: 60992 (7) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ( ) (Informar o dígito se existir) CONTA: ( ) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ **O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.**

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, PEDRAS DE FOGO-PB, 08.01.2019

Nome: GEILSON ASSIS DA SILVA

CPF: 066.542.364-08

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Geilson Assis da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

Autorizacao de pagamento

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou rSL: | CPF da vítima: 066.542.364-08 | Nome completo da vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA

DADOS CADASTRAIS (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO, CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012)

Nome completo: GEILSON ASSIS DA SILVA | CPF: 066.542.364-08

Profissão: MOTORISTA | Endereço: R. WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS | Número: 757 | Complemento: CASA

Bairro: MANGUEIRA | Cidade: PEDRAS DE FOGO | Estado: PB | CEP: 58308-000

E-mail: | Tel.(DDD): (83) 99419-5926

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO PARA INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO (ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Indicar uma opção)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0218 (6) CONTA: 6099-2 (7)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ( ) CONTA: ( )
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE — DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, Art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE — DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Amasiado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou cônjuge (ex-cônjuge)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: PEDRAS DE FOGO-PB, 08.01.2019
Nome: GEILSON ASSIS DA SILVA
CPF: 066.542.364-08

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Geilson Assis da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1º | Nome:
CPF:
Assinatura
2º | Nome:
CPF:
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Seguradora LÍDER

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 066.542.364-08 | Nome completo da vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA

DADOS CADASTRAIS — REGISTRO DE FORMULÁRIOS CADASTRAIS ESTÁ ADEQUADO PARA INDICAR QUE PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) CONSULTOU SUSEP Nº 46/2013

Nome completo: GEILSON ASSIS DA SILVA | CPF: 066.542.364-08

Profissão: MOTORISTA | Endereço: R. WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS | Número: 157 | Complemento: CASA

Bairro: MANGUEIRA | Cidade: PEDRAS DE FOGO | Estado: PB | CEP: 58308-000

E-mail: | Telefone: (81) 99419-5926

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALAR UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)
☒ Bradesco (237) ☐ BGN (318)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0218 (6) CONTA: 60992 (7)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: ( ) CONTA: ( )
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE — DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE — DECLARAÇÃO DE DADOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou menores (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: PEDRAS DE FOGO-PB, 08.01.2019
Nome: GEILSON ASSIS DA SILVA
CPF: 066.542.364-08

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Geilson Assis da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU GEILSON ASSIS DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 1221537 EXPEDIDO POR SSP/PB EM __/__/__ E CPF 065.729.164-08 /CNPJ ___ PROFISSÃO MOTORISTA E RENDA MENSAL DE R$ 1300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O PROPRIO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em prejuízo neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0218-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 10991-7

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

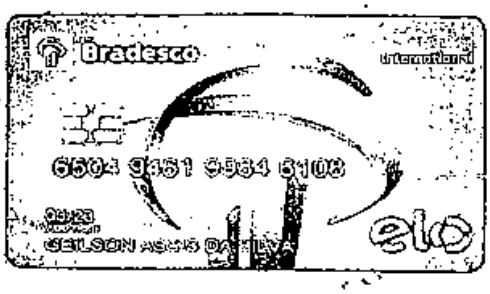
João Pessoa-PB, 02 de DEZEMBRO de 2013 — LOCAL E DATA

Geilson Assis da Silva — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

8019800409


Bradesco
Interbank
elo


pulse
Diners Club
DISCOVER

(DAMS)

RECEBIDO
13 DEZ 2018
Seguradora Lider DPVAT

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 049ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMBÉ -
DP49ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **18E0139001354**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/10/2018** às **11:46**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **12/9/2018** às **19:20**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 75 KM 28, 1** - Bairro: **CENTRO** - **ITAMBE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ENTRADA DO ENGENHO LAÇOS**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

SDS/Polícia Civil-PE
11ª USPC
49ª Circunscrição
Itambé

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR (AGENTE),
GEILSON ASSIS DA SILVA (VÍTIMA),

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GEILSON ASSIS DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

GEILSON ASSIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS GRAÇAS CORDEIRO DE ASSIS** Pai: **GILVAN RODRIGUES DA SILVA** Data de Nascimento: **2/9/1986** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS - PEDRAS DE FOGO/PARAIBA/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GEILSON ASSIS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GEILSON ASSIS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QFJ2064** (PARAIBA/PEDRAS DE FOGO) Renavam: **108428412** Chassi: **9C2KC2200GR138687**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE ENQUANTO CONDUZIA A MOTOCICLETA AQUI

RELACIONADA UM CAMINHÃO DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS ADENTROU INOPINADAMENTE À VIA, MOMENTO EM QUE A VITIMA ALEGA TER COLIDIDO COM O REFERIDO CAMINHÃO, CAINDO NO CHÃO E SOFRENDO FERIMENTOS. A VITIMA DECLAROU QUE FOI SOCORRIDA PELA AMBULANCIA DO MUNICIPIO DE ITAMBÉ-PE, SENDO EM SEGUIDA ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA - PB.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Geilson Assis da Silva

GEILSON ASSIS DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: HILBERTO FERNANDES A. DA COSTA - Matrícula: 2737272

SDS/Polícia Civil-PE
11ª USPC
49ª Circunscrição
Itambé

Boletim de ocorrencia

01 (DAAMS)

RECEBIDO
13 DEZ 2018
Seguradora Líder DPVAT

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DA 4ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA
GRUPO TÁTICO INTERIOR/11ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 2018E0139001354

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 04/10/2018 às 11:46

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 12/9/2018 às 18:20

Local onde foi o acidente: RODOVIA PE 78 KM 28, 1 CENTRO - PERNAMBUCO / BRASIL - Ponto de referência: ENTRADA DO ENGENHO AÇÃO
Rodovia Estadual
Pessoas envolvidas na ocorrência:
Objeto(s) envolvido na ocorrência:
VEÍCULO(S) (Veículo de ocorrência), que estava (em posse de(a)) GEILSON ASSIS DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

GEILSON ASSIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS GRAÇAS CORDEIRO DE ASSIS Pai: GILVAN RODRIGUES DA SILVA Data de nascimento: 25/1996 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS / PEDRAS DE FOGO / PARAÍBA / BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade de(a) Sr(a) GEILSON ASSIS DA SILVA, que estava em posse de(a) Sr(a) GEILSON ASSIS DA SILVA
Características: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN Cor predominante: VERMELHA Procedência: (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: OFJ3450 Número de Chassis (VIN): 9C2KC2200GR075600 Renavam: 1024284 13 Ano Fabricação: 2016 Ano Modelo: 2016 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

MORTE DA VITIMA QUE ENQUANTO CONDUZIA A MOTOCICLETA AQUI

ASL-045795 1/18 alessandra magalhaes 21/02/2019 16:19:43

Cia Civil PE 11ª DSFC 4ª Circunscrição

ASL-0457951/18
alessandra.magalhaes
21/02/2019 16:19:43

RELACIONADA UM CAMINHÃO DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS ADENTROU, INOPINADAMENTE À VIA, MOMENTO EM QUE A VÍTIMA ALEGA TER COLIDIDO COM O REFERIDO CAMINHÃO, CAINDO NO CHÃO E SOFRENDO FERIMENTOS. A VÍTIMA DECLAROU QUE FOI SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO DE ITAMBÉ-PE, SENDO EM SEGUIDA ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB.

Assinatura(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial:

GILSON ASSIS DA SILVA
(VITIMA)

S.C. registrado por HILBERTO FERNANDES A. DA COSTA - Matrícula: 2737272

Polícia Civil - PE
SDS
11ª USPC
49ª Circunscrição
Itambé

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 049ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMBÉ - DP49ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0139001354

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/10/2018** às **11:46**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **12/9/2018** às **19:20**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 75 KM 28, 1** - Bairro: **CENTRO** - **ITAMBE/PERNAMBUCO /BRASIL** - Ponto de Referência: **ENTRADA DO ENGENHO LAÇOS**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
GEILSON ASSIS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GEILSON ASSIS DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

GEILSON ASSIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS GRAÇAS CORDEIRO DE ASSIS** Pai: **GILVAN RODRIGUES DA SILVA** Data de Nascimento: **2/9/1986** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS - PEDRAS DE FOGO/PARAIBA/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GEILSON ASSIS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GEILSON ASSIS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QFJ2064** (PARAIBA/PEDRAS DE FOGO) Renavam: **108428412** Chassi: **9C2KC2200GR130587**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE ENQUANTO CONDUZIA A MOTOCICLETA AQUI RELACIONADA UM CAMINHÃO DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS ADENTROU INOPINADAMENTE À VIA, MOMENTO EM QUE A VITIMA ALEGA TER COLIDIDO COM O REFERIDO CAMINHÃO, CAINDO NO CHÃO E SOFRENDO FERIMENTOS. A VITIMA DECLAROU QUE FOI SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO DE ITAMBÉ-PE, SENDO EM SEGUIDA ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA – PB.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Geilson Assis da Silva

GEILSON ASSIS DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **HILBERTO FERNANDES A. DA COSTA** - Matrícula: **2737272**

08/04/2019 09:38

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	066.542.364-08	GEILSON ASSIS DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: GEILSON ASSIS DA SILVA			CPF: 066.542.364-08
Profissão: MOTORISTA	Endereço: R. WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS		Número: 157 / Complemento: CASA
Bairro: MANGUEIRA	Cidade: PEDRAS DE FOGO	Estado: PB	CEP: 58328-000
E-mail:			Tel.(DDD): (81) 99419-5926

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo **(ANEXAR CÓPIA).**

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0218 (6) (Informar o dígito se existir) CONTA: 60992 (7) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ( ) (Informar o dígito se existir) CONTA: ( ) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ **O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.**

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, PEDRAS DE FOGO-PB, 08.01.2019
Nome: GEILSON ASSIS DA SILVA
CPF: 066.542.364-08

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Geilson Assis da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

Comprovacao de ato declaratorio

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	GELSON ASSIS DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	02/09/86
NOME DA MÃE	MARIA DAS GRAÇAS CORDEIRO DE ASSIS

DADOS EXTRAÍDOS	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.108.037
DATA DO ATENDIMENTO	12/09/18
HORA DO ATENDIMENTO	21:13
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDA E DA ÓRBITA ESQUERDA.
CID 10	S02.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, consciente, desorientado, Glasgow 13, com ferimentos corto-contuso na região frontal, abdomen sem queixas, torax com escoriações. Presença de fratura em órbita esquerda. Fratura infra-orbitária esquerda.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Ultrassonografia FAST
TC de crânio
RX de torax
RX da pelve

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: fratura de rebordo infra-orbitário esquerdo + parede lateral de órbita esquerda + fratura de teto de órbita, sem deslocamento.

TRATAMENTO:

Fraturas sem necessidades de tratamento cirúrgico.

ALTA HOSPITALAR:	13/09/18
DATA DA EMISSÃO:	26/11/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GEILSON ASSIS DA SILVA,

RG nº 3215309, data de expedição __/__/__, Órgão SSP/PB,

CPF nº 066-542-364-08, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA: WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS
Número	157
Apto / Complemento	
Bairro	MANGUEIRA
Cidade	PEDRAS DE FOGO
Estado	PARAÍBA
CEP	58328-000
Telefone de Contato	(81) 99419 5926
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PEDRAS DE FOGO - PB - 07/12/2018

Assinatura do Declarante: Geilson Assis da Silva

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

celpe neoenergia

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0905943-80 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

EDJANE RODRIGUES DA SILVA

CPF 045 852 554-00 NIS 1.498.298.475

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS 157

PEDRAS DE FOGO/PEDRAS DE FOGO
PEDRAS DE FOGO PB
58329-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
9402 / 9992	UNICA	23/11/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
23/11/2018	2000641046	5030

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7025098433	11/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
30/11/2018	24/12/2018
TOTAL A PAGAR (R$)	
28,06	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,24493885	7,48
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	39,00000000	0,42675232	16,64
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,33
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,60
Contrib. Ilum. Publica Municipal			2,26
Multa por atraso-NF 036687763 - 23/10/18			0,03
Juros por atraso-NF 036687763 - 23/10/18			0,00
Atualização IGPM-NF 036687763 - 23/10/18			0,00

TOTAL DA FATURA 28,06

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	CAT	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	1,00000		69,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano kWh
NOV 18 69
OUT 18 81
SET 18 64
AGO 18 80
JUL 18 62
JUN 18 55
MAI 18 77
ABR 18 68
MAR 18 84
FEV 18 90
JAN 18 48
DEZ 17 64
NOV 17 77

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	25,87	25,00	6,25
PIS	25,87	2,14	0,54
COFINS	25,87	9,88	2,56

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$	8,41	33,80%
Transmissão	R$	1,14	4,79%
Distribuição (Celpe)	R$	8,00	32,20%
Perdas de Energia	R$	1,73	6,96%
Encargos Setoriais	R$	0,61	2,44%
Tributos	R$	7,26	29,12%
Total	R$	25,00	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh 0,17629603
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,30332603

MEDIDOR ACESSO PREDIO

4E8A 18E5 C1B7 7F4E 8581 1524 E2A2 5744

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	GRUPO ORÁTORIO	VALOR APURADO out/2018	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC		8,19	5,55	11,10	22,21
FIC		1,09	1,45	8,37	13,65
DMIC		0,00	3,35	6,00	0,00

Limite DIC/R: 13,22 BUSC - Valor de Escorço do Nível de Sistema de Distribuição = R$ 8,71

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
7025098433	11/2018	30/11/2018	28,06

83870000000-1 28060011007-0 02509843310-0 15191083643-5

Comprovante de residencia

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GEILSON [illegible] SILVA

RG nº [illegible] data de expedição __/__/__ Órgão SSP/PB

CPF nº 066.[illegible] venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS
Número	157
Apto / Complemento	
Bairro	MANGUEIRA
Cidade	PEDRAS DE FOGO
Estado	PARAÍBA
CEP	58.286-000
Telefone de Contato	(87) 994 19 592 6
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PEDRAS DE FOGO - PB - 07/1[illegible]

Assinatura do Declarante: [illegible]

celpe
neoenergia

30/11/2016

28,08

[redacted]

30/11/2016

28,08

83870000000-1 28060011007-0 07508M3310U0 15101083013-6

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV.JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93

CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ANA MARIA RODRIGUES DA SILVA ASSIS

CPF: 069.815.104-64

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA GERONCIO PEREIRA CHAVES 4000 --A

LOTTO PLANALTO/PEDRAS DE FOGO
58328-000 PEDRAS DE FOGO PB

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
26/11/2019	19/11/2019	007024272383
TOTAL A PAGAR (R$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
0,00	19/11/2019	2013584902
	NÚMERO DA NOTA FISCAL	Nº DA INSTALAÇÃO
	085405570	0006362589

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
1D6E.851C.192B.9042.DC6A.79BD.5714.31EC

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	186,00	0,80986289	150,63
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,66
Acréscimo Bandeira VERMELHA			6,78
Contrib. Ilum. Pública Municipal			13,80
Multa por atraso-NF 081622812 - 18/10/19			3,05
Juros por atraso-NF 081622812 - 18/10/19			0,50
Atualização IGPM-NF 081622812 - 18/10/19			0,27
TOTAL DA FATURA			176,69

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
159,07	27,00	42,94	159,07	0,92	1,46	159,07	4,25	6,76

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)	0,54933000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R$	%
Geração de Energia	52,98	33,31
Transmissão	5,28	3,32
Distribuição (Celpe)	32,04	20,14
Encargos Setoriais	7,52	4,73
Tributos	51,16	32,16
Perdas de Energia	10,09	6,34
TOTAL	159,07	100

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
NOV	19	186
OUT	19	175
SET	19	144
AGO	19	163
JUL	19	174
JUN	19	210
MAI	19	145
ABR	19	127
MAR	19	141
FEV	19	139
JAN	19	123
DEZ	18	116
NOV	18	120

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003154760210	CAT	18/10/2019	3.602,00	19/11/2019	3.788,00	32	1,00000	0,00	186,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 20/12/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		set/2019			
DIC-No.de horas sem Energia	ORATORIO	0,00	10,87	21,74	43,49
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,74	15,49	30,98
DMIC-Duração máxima de interrupção continua		0,00	5,88	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 16,60		

EUSD-Valor do Encargo de Uso = R$ 55,49

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de voce! lojas luz: rua des vieria de mello 85 centro / mercadinho aste: r prof getulio cesar rodrigues guedes n 94 centroLista completa em www.celpe.com.br."
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R$)	VENCIMENTO
007024272383	11/2019	0,00	26/11/2019

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	GELSON ASSIS DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	02/09/86
NOME DA MÃE	MARIA DAS GRAÇAS CORDEIRO DE ASSIS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.108.037
DATA DO ATENDIMENTO	12/09/18
HORA DO ATENDIMENTO	21:13
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDA E DA ÓRBITA ESQUERDA.
CID 10	S02.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, consciente, desorientado, Glasgow 13, com ferimentos corto-contuso na região frontal, abdomen sem queixas, torax com escoriaçãoes. Presença de fratura em órbita esquerda. Fratura infra-orbitária esquerda.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Ultrassonografia FAST
TC de cranio
RX de torax
RX da pelve

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: fratura de rebordo infra-orbitário esquerdo + parede lateral de órbita esquerda + fratura de teto de órbita, sem deslocamento.

TRATAMENTO:

Fraturas sem necessidades de tratamento cirúrgico.

ALTA HOSPITALAR:	13/09/18
DATA DA EMISSÃO:	26/11/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente **GEILSON ASSIS DA SILVA**		BAE **1108037**	Data/Hora Entrada **12/09/2018 21:13:51**	Data Baixa
Data de nascimento **02/09/1986**	Idade **32a 11d**	Sexo **Masculino**	CNS **701003894120994**	Telefone de Contato **(81) 91422549**
Mãe **MARIA DAS GRACAS CORDEIRO DE ASSIS**				Prontuário
Endereço **WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS, 157**		Bairro **MANGUEIRA**	Município **PEDRAS DE FOGO**	UF **PB**
Acidente **MOTOCICLETA X CAMINHAO**	Motivo **ACIDENTE DE MOTOCICLETA**		Profissional **EVALDO SALES HONFI JUNIOR**	Nº Cons. Regional **3985/PB**
Data/Hora Classificação **12/09/2018 21:13:51**			Data/Hora Prescrição **13/09/2018 00:10:50**	

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELA EQUIPE DO SAMU COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO MOTOXCAMINHÃO. NEGA DESMAIO,ALERGIA MEDICAMENTOSA,DOENÇAS DE BASE,RELATA HEMATÊMESE,RELATA VACINAÇÃO CONTRA TETANO EM DIA.

NO MOMENTO PACIENTE CONSCIENTE,ORIENTADO,NORMOCORADO,EUPNEICO,SEM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE,AFEBRIL,EM MACA,VIAS AEREAS PERVIAS.

AO EXAME FÍSICO: MOVIMENTOS OCULARES + ACUIDADE VISUAL PRESERVADOS,FCC EM REGIÃO PERIORBITARIA (E) + EDEMA E EQUIMOSE,BOA ABERTURA BUCAL,MOVIMENTOS MANDIBULARES PRESERVADOS,OCLUSÃO MANTIDA.

TC: OBSERVA-SE HEMOSSINUS EM SEIOS MAXILARES BILATERIAS + ESFENOIDAL + FRONTAL, OBSERVA-SE FRATURA DE REBORDO INFRA ORBITÁRIO (E) + PAREDE LATERAL DE ÓRBITA,FRATURA DE TETO DE ÓRBITA SEM DESLOCAMENTO. FRATURAS SEM NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

CD: 1-ORIENTAÇÕES 2-ALTA BMF 3- AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL

CID10

Código	Descrição
S02.4	Fratura dos ossos malares e maxilares

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

GEILSON ASSIS DA SILVA

EVALDO SALES HONFI JUNIOR
(: 3985/PB)

Boletim registrado por: AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES em 12/09/2018 21:14:56

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergencia e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA AMARELA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 454554

Paciente GEILSON ASSIS DA SILVA		BAE 1108037	Data/Hora Entrada 12/09/2018 21:13:51	Data Baixa 2018-09-13 08:20:02.0
Data de nascimento 02/09/1986	Idade 32a 11d	Sexo Masculino	CNS 701003894120994	Telefone de Contato (81) 91422549
Mãe MARIA DAS GRACAS CORDEIRO DE ASSIS				Prontuário
Endereço WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS, 157		Bairro MANGUEIRA	Municipio PEDRAS DE FOGO	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X CAMINHAO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES	Nº Cons. Regional 3359/PB
Data/Hora Classificação 12/09/2018 21:13:51			Data/Hora Prescrição 13/09/2018 08:20:08	

Anamnese

Neurocirurgia

Avalio paciente vitima de acidente automobilistico. Nega dor cervical.
Nega antecedentes prévios.

Ao exame: ECG15, PIFR, sem déficit focal.

TC Cranio: Sem afecções neurocirurgicas de urgência.

Cd:
Oriento sinais de alarme.
Alta da Neurocirurgia.
Cirurgia Geral
Alta hospitalar.

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário
WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES

Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR

Data e Hora
13/09/2018 08:20:02

Observações

GEILSON ASSIS DA SILVA

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES
(: 3359/PB)

Boletim registrado por: AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES em 12/09/2018 21:14:56

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA VERME
Endereço: AV ESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 61212

Paciente GEILSON ASSIS DA		BAE 1108037	Data/Hora Entrada 12/09/2018 21:13:51	Data Baixa
Data de nascimento 02/09/1986	Idade 32a 11d	Sexo Masculino	CNS 701003894120994	Telefone de Contato (81) 91422549
Mãe MARIA DAS GRAC RREIRO DE ASSIS				Prontuário
Endereço WILSON RIBEIRO DE EIROS, 157		Bairro MANGUEIRA	Município PEDRAS DE FOGO	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS	Nº Cons. Regional 8267/PB
Data/Hora Classifica 12/09/2018 21:13:5			Data/Hora Prescrição 13/09/2018 00:51:36	

Anamnese

Neurocirurgia

Avalio paciente acidente automobilistico. Nega dor cervical.
Nega antecede

Ao exame: ECG em déficit focal.

TC Cranio: Sem neurocirurgicas da urgência.

Cd:
Orienio sinais d
Alta da Neurocir

Conduta

Em observaç

ASSIS DA SILVA

FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS
(CRM: 8267/PB)

RODOLFO FERNANDES GOMES em 13/09/2018 21:14:56

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1108037

Identificação do paciente

ID 1325690	Nome GEILSON ASSIS DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 02/09/1986	Idade 32 anos 10 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DAS GRACAS CORDEIRO DE ASSIS			Pai GILVAN RODRIGUES DA SILVA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) ANA MARIA RODRIGUES DA SILVA ASSIS - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 81	Fone Móvel 91422549		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3215309		Nº Cns 701003894120994	
Local de procedência IBIRAJUBA			Tipo MUNICIPIO	UF PE
Email	Naturalidade ITAMBÉ		CBO/R	

Endereço

CEP 58328000	Município de residência PEDRAS DE FOGO	UF PB	Logradouro WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS
Número 157	Complemento		Bairro MANGUEIRA

Admissão

Data e Hora 12/09/2018 21:13:51	Número da pulseira **1000006282102**	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco		Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAÚDE
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTOCICLETA X CAMINHAO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]

Dados clínicos

Paciente vítima de acidente automobilístico sem 2 episódios de vômito, sonolento, orientado, segue aos cuidados da equipe.

Diagnóstico	CID
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES	Tempo 01min 05seg

Imprimir

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergencia e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente GEILSON ASSIS DA SILVA		BAE 1108037	Data/Hora Entrada 12/09/2018 21:13:51	Data Baixa
Data de nascimento 02/09/1986	Idade 32a 11d	Sexo Masculino	CNS 701003894120994	Telefone de Contato (81) 91422549
Mãe MARIA DAS GRACAS CORDEIRO DE ASSIS				Prontuário
Endereço WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS, 157		Bairro MANGUEIRA	Municipio PEDRAS DE FOGO	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X CAMINHAO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional JOSE PIRES DUTRA JUNIOR	N° Cons. Regional 10650/PB
Data/Hora Classificação 12/09/2018 21:13:51			Data/Hora Prescrição 12/09/2018 21:25:18	

Anamnese

Paciente consciente, desorientado, glasgow 13, vitima de colisão moto-carro, sem uso de capacete, chega ao serviço sem protocolo de imobilização, apresentando ferimento corto-contuso em fronte, sem sinais de sangramento ativo, apresentando escoriações em torax, abdome flacido, sem irritaçaõ peritoneal
cd: exames, avaliação da neurocirurgia

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)

RADIOGRAFIA DE PELVE (ANTEROPOSTERIOR)

CID10

Código	Descrição
T00.9	Traumatismos superficiais múltiplos não especificados

Conduta

Em observação

GEILSON ASSIS DA SILVA

JOSE PIRES DUTRA JUNIOR
(CRM: 10650/PB)

Boletim registrado por: AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES em 12/09/2018 21:14:56

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Atendimento: **201831567280** Data Nasc: **02/09/1986 - 32 anos**

Paciente: **GEILSON ASSIS DA SILVA** Data Exame: **12/09/2018**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.
Não há calcificações patológicas.
Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.
Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.
Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.
Fratura do seio maxilar, parede lateral da órbita esquerdas.
Material denso no interior dos seios paranais, podendo corresponder a hemossinus.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 14/09/2018 23:06 .

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Atendimento: **201831567280**
Paciente: **GEILSON ASSIS DA SILVA**

Data Nasc: **02/09/1986 - 32 anos**
Data Exame: **12/09/2018**

ULTRA-SONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL (FAST)

Ausencia de liquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico.

Ausencia de lesões parenquimatosa relacionadas ao trauma.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Ultrassonografia dentro dos padrões normais.

** A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 12/09/2018 23:35 .

Dr. Tiago Nepomuceno
CRM 6723 - PB

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergencia e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAIBA

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome		
GEILSON ASSIS DA SILVA		
Data de 02/09/1986	Nº Boletim Emergencia 1108037	Prontuario
Material a examinar		

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PELVE (ANTEROPOSTERIOR)
RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
ULTRASSONOGRAFIA - FAST

Cranio 12 09 18 22 47

Fast 12/09/2018 21 30

RAIOS-X
TIPO ... 12/09/2018
DATA ...
HORA ... 22:00
NOME TÉC. RAD.: Marcos Vinicius
ASS.:

12 de Setembro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA/Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente: GEILSON ASSIS DA SILVA		DAE: 11108037	Data/Hora Entrada: 12/09/2018 21:13:51	Data Saída
Data de nascimento: 02/09/1966	Idade: 52a 11d	Sexo: Masculino	CNS: 701003894120994	Telefone de Contato: (83) 91422549
Mãe: MARIA DAS GRAÇAS CORDEIRO DE ASSIS				Prontuário
Endereço: WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS, 157		Bairro: MANGUEIRA	Município: PEDRAS DE FOGO	UF: PB
Acidente: MOTOCICLETA X CAMINHAO	Motivo: ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional: EVALDO SALES HONR JUNIOR	Nº Cons. Registro: 3985/PB
Data/Hora Classificação: 12/09/2018 21:13:51			Data/Hora Primeição: 13/09/2018 00:10:50	

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELA EQUIPE DO SAMU COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO MOTOXCAMINHÃO. NEGA DESMAIO,ALÉRGIA MEDICAMENTOSA,DOENÇAS DE BASE,RELATA HEMATÊMESE,RELATA VACINAÇÃO CONTRA TETANO EM DIA.

NO MOMENTO PACIENTE CONSCIENTE,ORIENTADO,NORMOCORADO,EUPNEICO,SEM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE,AFEBRIL,EM MACA,VIAS AÉREAS PERVIAS.

AO EXAME FÍSICO: MOVIMENTOS OCULARES + ACUIDADE VISUAL PRESERVADOS.FCC EM REGIÃO PERIORBITARIA (E) + EDEMA E EQUIMOSE,BOA ABERTURA BUCAL,MOVIMENTOS MANDIBULARES PRESERVADOS,OCLUSÃO MANTIDA.

TC: OBSERVA-SE HEMOSSINUS EM SEIOS MAXILARES BILATERIAS + ESFENOIDAL + FRONTAL, OBSERVA-SE FRATURA DE REBORDO INFRA ORBITÁRIO (E) + PAREDE LATERAL DE ÓRBITA,FRATURA DE TETO DE ÓRBITA SEM DESLOCAMENTO. FRATURAS SEM NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

CD: 1-ORIENTAÇÕES 2-ALTA BMF 3- AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL

CID10

Código	Descrição
S02.4	Fratura dos ossos malares e maxilares

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

GEILSON ASSIS DA SILVA

EVALDO SALES HONRI JUNIOR
(: 3985/PB)

Boletim registrado por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES em 12/09/2018 21:14:56

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA AMARELA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 454554

Paciente: GEILSON ASSIS DA SILVA		DAC: 1108037	Data Hora Entrada: 12/09/2018 21:13:51	Data Obito: 2018-09-13 08:30:02.0
Data de Nascimento: 02/09/1985	Idade: 33a 11m	Sexo: Masculino	CNS: 701003594137994	Telefone de Contato: (83) 95423547
Mãe: MARIA DAS GRACAS CORDEIRO DE ASSIS				Prontuário:
Endereço: WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS, 157		Bairro: BANDEIRA	Município: PEDRAS DE FOGO	UF: PB
Acidente: MOTOCICLETA A CAMINHAO	Motivo: ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional: WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES	Nº Cons. Regional: 3339PB
Data Hora Classificação: 12/09/2018 21:13:51			Data Hora Prescrição: 13/09/2018 09:00:00	

Anamnese

Jr Neurocirurgia 2N

Avalio paciente vítima de acidente automobilístico. Nega dor cervical.
Nega antecedentes clínicos.

Ao exame: ECG 15, PIFR, sem déficit focal.

TC Crânio. Sem alterações neurocirúrgicas de urgência.

Cd:
Quando saída de alarme,
Alta da Neurocirurgia.
Clínica Geral
Alta hospitalar.

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário: WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES
Data e Hora: 13/09/2018 09:20:02
Motivo de Alta: ALTA HOSPITALAR
Observações:

GEILSON ASSIS DA SILVA

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES
(CRM 3339PB)

Documento assinado por: ATLA NICOLE FERNANDES DOYLE em 12/09/2018 21:14:36

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA VERME
Endereço: AV [illegible]SS LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel.
CNES: 61212

Paciente GEILSON ASSIS DE [illegible]		BAE 1108037	Data/Hora Entrada 12/09/2018 21:13:31	Data Sa[illegible]
Data de nascimento 12/09/1985	Idade 32a 11m	Sexo Masculino	CNS 701003894120094	Telefone (81) 91427540
Mãe MARIA DAS GRAÇ[illegible] [illegible]O DE ASSIS				Profissão
Endereço WILSON RIBEIRO [illegible] [illegible]05, 157		Bairro MANGUEIRA	Município PEDRAS DE FOGO	UF PB
Acompanhante MOTOCICLETA X [illegible]		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS	Nº CRM/PB 6267/PB
Data/Hora Classificação 12/09/2018 21:13:3[illegible]			Data/Hora Prescrição 13/09/2018 00:51:36	

Anamnese

** Neurocirurgia

Avalio paciente [illegible] de acidente automobilístico. Nega dor cervical.
Nega antecedentes [illegible]

Ao exame: ECG [illegible] em déficit focal.

TC Crânio: Sem [illegible] neurocirúrgicas de urgência.

Cd:
Oriento sinais de [illegible]
Alta da Neurocir[illegible]

Conduta

Sem observações [illegible]

[illegible]ASSIS DA SILVA

FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS
(CRM: 6267/PB)

[illegible] FERNANDES GOMES em 13/09/2018 01:14:56

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena — GOVERNO DA PARAÍBA

Avenida LISBOA, 10 - PEDRO GONDIM - CNES: [illegible]

Boletim de Atendimento: 1008037

Identificação do paciente

Data de nascimento	Nome: GELSON ASSIS DA SILVA		Sexo: Masculino
Idade: 33 anos 10 dias	Estado civil	Religião	Naturalidade
Mãe: MARIA DAS GRAÇAS RODRIGUES DA SILVA		Pai: GILVAN RODRIGUES DA SILVA	
Nacionalidade		Responsável (Parentesco): ANA MARIA RODRIGUES DA SILVA ASSIS - ESPOSOA	
DDD Móvel: 81	Fone Móvel: 91422[illegible]	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento: RG (IDENTIDADE)	Número documento: 3243305	Emissor: [illegible]	
Local de procedência: IBIRAJUBA		Município:	UF: PE
Email	Naturalidade: IBIRAJUBA	Gênero:	

Endereço

CEP: 56328000	Município de residência: PEDRAS DE FOGO	UF: PE	Logradouro: WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS
Número: 1[illegible]	Complemento		Bairro: MANGUEIRA

Admissão

Data Hora Atendimento: [illegible]	Número do prontuário: 1000006282102	Convênio: SUS	
Especialidade: CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco		Origem do incidente: OUTRA UNIDADE DE SAÚDE	
Centro de atendimento	Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente: MOTOCICLETA X CAMINHÃO	

Indicadores e Transporte

Cerco policial: não	Placa de sangue: Não	Veio de ambulância: Não	Trauma: Não
Meio de transporte: AMBULANCIA		Quem trouxe o paciente	

Sinais Vitais

PA: x mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] Fezes [ ] Líquor [ ] ECG [ ] Ultrassonografia [ ]

Observações: Paciente admitido na UTI, [illegible] ortopedia, [illegible] cirurgia, [illegible] resultados

Diagnóstico | CID

Atendido por: ANA NICOLE FERNANDES GOMES | Carimbo | Tempo: Hora da coleta

Impresso em: 21/02/2019 16:24:25

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB
58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente: GEILSON ASSIS DA SILVA	Reg: 1105937	Data/Hora Entrada: 12/09/2018 21:13:51		Data Alta:
Data de nascimento: 02/09/1980	Idade: 37a 11m	Sexo: Masculino	CNS: 701003084120954	Telefone de Contato: (83) 8142 2548
Mãe: MARIA DAS GRAÇAS CORDEIRO DE ASSIS				Prontuário:
Endereço: WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS, 101	Bairro: MANGUEIRA	Município: PEDRAS DE FOGO		UF: PB
Acidente: MOTOCICLETA X CAMINHAO	Vínculo: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional: JOSE PIRES OUTRA JUNIOR		Nº Cons. Regional: 10050PB
Data/Hora Classificação: 12/09/2018 21:13:51		Data/Hora Prescrição: 12/09/2018 21:23:18		

Anamnese

Paciente consciente, desorientado, glasgow 13, vítima de colisão motocicleta, sem uso de capacete, chega ao serviço sem protocolo de imobilização, apresentando ferimento corto-contuso em fronte, sem sinais de sangramento ativo, apresentando escoriações em tórax, abdome fechado, sem irritação peritoneal [illegible] cd. exames, avaliação da neurocirurgia.

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)

RADIOGRAFIA DE PELVE (ANTEROPOSTERIOR)

CID10

Código	Descrição
T00.9	Traumatismos superficiais múltiplos não especificados

Conduta

Em observação

GEILSON ASSIS DA SILVA

JOSE PIRES OUTRA JUNIOR
(CRM: 10050PB)

Autorizado/registrado por: AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES em 12/09/2018 21:14:46

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Governo Ricardo Coutinho

Atendimento: 201831567280 Data Nasc: 02/09/1986 - 32 anos
Paciente: GEILSON ASSIS DA SILVA Data Exame: 12/09/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.
Não há calcificações patológicas.
Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.
Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.
Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.
Fratura do seio maxilar, parede lateral da órbita esquerdas.
Material denso no interior dos seios paranais, podendo corresponder a hemossinus.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 14/09/2018 23:00.

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 2018315672960
Paciente: GEILSON ASSIS DA SILVA
Data Nasc.: 02/09/1986 - 32 anos
Data Exame: 12/09/2018

ULTRASONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL (FAST)

Ausencia de liquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico.

Ausencia de lesões parenquimatosas relacionadas ao trauma.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Ultrassonografia dentro dos padrões normais.

A ultrassonografia é um exame subsidiar [illegible] e não substitui a avaliação clínica.

Este laudo foi liberado em 12/09/2018 23:35.

Dr. Tiago Nepomuceno
CRM 6723 - PB

ASL-0457951/18
alessandra.magalhaes
21/02/2019 16:24:45

ASL-0457951/18
alessandra.magalhaes
21/02/2019 16:24:45

ASL-0457951/18
alessandra.magalhaes
21/02/2019 16:24:45

ASL-0457951/18
alessandra.magalhaes
21/02/2019 16:24:45

GOVERNO DA PARAÍBA

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome GEILSON ASSIS DA SILVA			
Data de 02/09/1985		Nº Boletim Emergência 1108037	Prontuário
Material a examinar			

EXAME DE IMAGEM
RADIOGRAFIA DE PELVE (ANTEROPOSTERIOR)
RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
ULTRASSONOGRAFIA - FAST

TIPO
DATA
HORA
ASS.

12 de Setembro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional


PE
GEILSON ANSIS DA SILVA
066.382.364-08
02/09/1986
GILVAN RODRIGUES DA SI
LVA
MARIA DAS GRAÇAS CORDE
IRO DE ANDRA
AB
02727022091
17/08/2023
16/11/2005
XAX
QUIXABA, PE
23/05/2018
PERNAMBUCO
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1676371786
PROIBIDO PLASTIFICAR
1676371786

Documentos de identificacao

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

NOME
GEILSON ASSIS DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
3215309 SSP PB

CPF
066.542.364-08

DATA NASCIMENTO
02/09/1986

FILIAÇÃO
GILVAN RODRIGUES DA SI
LVA
MARIA DAS GRACAS CORDE
IRO DE ASSIS

PERMISSÃO | ACC | CAT. HAB.

Nº REGISTRO
03927022091

VALIDADE
17/09/2022

1ª HABILITAÇÃO
16/11/2005

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1676371786

OBSERVAÇÕES
EAR

Geilson Assis da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
GOIANA, PE

DATA EMISSÃO
21/05/2018

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

41827365612
PE084971126

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1676371786

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
Nº 01397314356690
RENAVAM 01084284127
CODIGO SEGURANÇA 2018010000051935-6

CAT.	COD. RENAVAM	ANO	EXERCICIO
1	01084284127	00/00000000	2018

NOME
GEILSON ASSIS DA SILVA

CPF/CNPJ	PLACA
06654236408	QFU2064/PB

PLACA ANT.	CHASSI
NOVO PB	9C2KC2200GR130587

ESPECIE/TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 160 FAN ESDI	2016	2016

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 B/162 /CI	PARTIC	VERMELHA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
	00/00/0000	1ª
		2ª
		3ª

FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS
*******	0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
*******	SEGURO	PAGO	18/06/2018

SEGURO PAGO

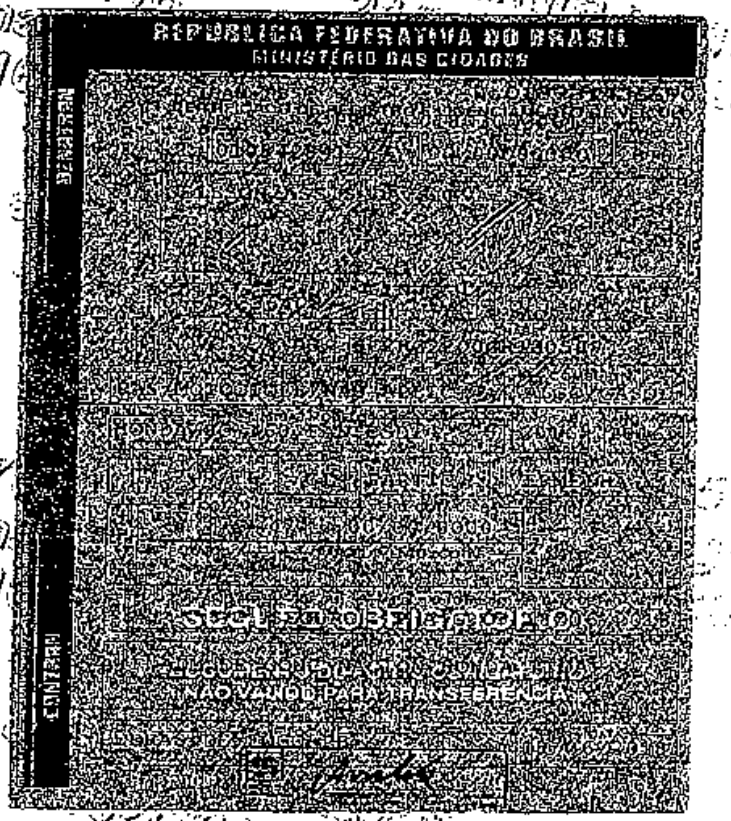
OBSERVAÇÕES
A F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA
DOCUMENTO DE CARÁTER INFORMATIVO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA
0

LOCAL	DATA
PEDRAS DE FOGO-PB	18/06/2018

CONTRAN

117324 15644

DUT



(DAMS)

RECEBIDO
13 DEZ 2018
Seguradora Lider DPVAT

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 049ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMBÉ -
DP49ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **18E0139001354**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/10/2018** às **11:46**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **12/9/2018** às **19:20**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 75 KM 28, 1** - Bairro: **CENTRO - ITAMBE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ENTRADA DO ENGENHO LAÇOS**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

SDS/Polícia Civil - PE
11ª USPC
49ª Circunscrição

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
GEILSON ASSIS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GEILSON ASSIS DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

GEILSON ASSIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS GRAÇAS CORDEIRO DE ASSIS** Pai: **GILVAN RODRIGUES DA SILVA** Data de Nascimento: **2/9/1986** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS - PEDRAS DE FOGO/PARAIBA/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GEILSON ASSIS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GEILSON ASSIS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QFJ2004** (PARAIBA/PEDRAS DE FOGO) Renavam: **102428412** Chassi: **9C2KC2200GR138527**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE ENQUANTO CONDUZIA A MOTOCICLETA AQUI

INVALIDEZ PERMANENTE e/ou DAMS - Despesas Médicas

Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos

Seguradora Líder · DPVAT

1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima GEILSON ASSIS DA SILVA

Data do Acidente 12/09/2048 CPF: 066 - 542 - 364 - 08

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome

[X] A própria Vítima [ ] Representante Legal: Grau de Parentesco:

Endereço RUA: WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS

No. 157 Complemento Bairro MANGUEIRA

Cidade PEDRAS DE FOGO UF PARAÍBA CEP 58328-000

Telefone (81) 994 195926 Email

Informações Importantes!

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.
- Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.
- A indenização por Invalidez Permanente é de até R$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.
- O Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares (DAMS) é de até R$ 2.700,00. Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.
- Poderão ser solicitados documentos complementares específicos, conforme legislação em vigor.
- Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.

3. COBERTURA SOLICITADA [ ] INVALIDEZ PERMANENTE [X] DESPESAS MÉDICAS

Atenção ! ⇨ Preencha com [X] Para documentação entregue

4. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA AS GARANTIAS DE INVALIDEZ PERMANENTE E DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

[X] Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial ~~(Cópia Autenticada e legível)~~. ORIGINAL

[X] Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).

[ ] CPF da vítima (Cópia simples e legível).

[X] Comprovante de Residência em nome da Vítima (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

[X] Autorização de Pagamento / crédito de indenização original, anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários, (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA INVALIDEZ PERMANENTE

[ ] Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia autenticada e legível).

[X] Na falta do Laudo do IML, declaração (original) firmada pela vítima e documento firmado pelo médico assistente (original), que comprove a existência da invalidez permanente, com a data da alta definitiva (modelo no balcão de atendimento).

[ ] Boletim de Atendimento Hospitalar ou Ambulatorial (Cópia simples e legível).

[ ] Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).

[ ] CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).

[ ] Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

[ ] Comprovantes (originais e legíveis) das Despesas Médico-Hospitalares (quitados).

[ ] Notas Fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (Cópia simples e legível).

[X] Relatório do Médico Assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (Cópia simples e legível).

[ ] Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível)

[ ] CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).

[ ] Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data 07/12/2018

Nome GEILSON ASSIS DA SILVA

Identidade 32 15309

Geilson Assis da Silva

Assinatura do Portador

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

Data 07/12/2018 [X] Recebi os documentos assinalados

Nome JOÃO I. B. DE MORAIS

Matrícula Correios 8-478-473-3

Assinatura do Atendente

SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora LÍDER

COBERTURA SOLICITADA

( ) MORTE ( ) INVALIDEZ PERMANENTE (X) DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Gilson assis da silva

DATA DO ACIDENTE 12/09/2018 POSSUI CPF ( ) SIM ( ) NÃO Nº CPF 066.542.364-08

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

( ) Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
( ) CPF do Representante Legal (cópia simples)
( ) Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

( ) **Registro de Ocorrência Policial** – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
( ) **Documentos médicos/hospitalares** que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
( ) Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
( ) Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
( ) Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
( ) **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
( ) **CPF da vítima** (cópia simples)
( ) **Comprovante de residência em nome da vítima** (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
( ) **Autorização de pagamento** (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

( ) **Registro de Ocorrência Policial** – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
( ) **Documentos médicos/hospitalares** que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
( )**Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais)**, contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
( ) Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
( ) **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
(X) ~~CPF da vítima (cópia simples)~~ CÓPIA DO DOCUMENTO DO VEÍCULO
( ) **Comprovante de residência em nome da vítima** (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
( ) **Autorização de pagamento** (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

( ) **Registro de Ocorrência Policial** – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
( ) **Certidão de óbito da vítima** - cópia autenticada: ( ) Sim ( ) Não
( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
( ) **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
( ) **CPF da vítima** (cópia simples)
( ) **Documento de identificação de todos os beneficiários** (cópia simples)
( ) **CPF de todos os beneficiários** (cópia simples)
( ) **Comprovante de residência dos beneficiários** (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
( ) **Autorização de pagamento** para todos os beneficiários(original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
( ) Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ( ) Sim ( ) Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
( ) Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
( ) Declaração de Cônjuge (original)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)
( ) Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
( ) Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
( ) Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
( ) Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
( ) Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a) e o cônjuge
BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
( ) Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
( ) Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
( ) Outros Documentos apresentados: _____

RECEBIDO 14 JAN 2019 Seguradora Líder DPVAT

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) _____

Quem é o portador? (X) Vítima ( ) Beneficiário ( ) Representante Legal - CPF do portador _____

E-mail _____ Tel.: (83) 99419 5926

Data 08/01/2019 Assinatura Gilson Assis da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC PEDRAS DE FOGO SE/PB

Atendente JOÃO IDNALDO GONZAGA DE MORAIS Matrícula 8.478.473-3

Data: 08/01/2019 Assinatura: _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0261992/19

Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA **Data do acidente:** 12/09/2018

CPF: 066.542.364-08 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** GEILSON ASSIS DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros

GEILSON ASSIS DA SILVA : 066.542.364-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 01/08/2019	Data do cadastramento: 01/08/2019
Nome: GEILSON ASSIS DA SILVA	Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 066.542.364-08	CPF: 158.640.827-59
GEILSON ASSIS DA SILVA	ANDREZA ALVES DA CUNHA

Atraso na data do último documento

Justificativa – Nº ASL ou Processo 3190266706

( ) Aguardando status e/ou Erro sistêmico

(X) Solicitação 07

( ) Solicitação 06

( ) Caixa Redistribuição

( ) Atraso por consulta ao site da Receita Federal

( ) Outros

Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)
04/07/2019	01/08

Recebi em 09/07/2019

Nome: Antônio Cláudio

INVALIDEZ PERMANENTE e/ou DAMS - Despesas Médicas

Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos

Seguradora Líder · DPVAT

1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima: Geilson Assis da Silva

Data do Acidente: 12/09/2018 CPF: 066.542.364-08

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome: Geilson Assis da Silva

RECEBIDO 04 JUL 2019 Seguradora Líder DPVAT

[X] A própria Vítima [ ] Representante Legal: Grau de Parentesco:

Endereço: Rua: Edgar Borges

No. 41 Complemento: Bairro: Manguinha

Cidade: Pedras de Fogo UF: Paraíba CEP: 58328-000

Telefone: (81) 99419 5926 Email:

Informações Importantes!

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.
- Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.
- A indenização por Invalidez Permanente é de até R$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.
- O Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares (DAMS) é de até R$ 2.700,00. Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.
- Poderão ser solicitados documentos complementares específicos, conforme legislação em vigor.
- Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.

3. COBERTURA SOLICITADA

[X] INVALIDEZ PERMANENTE [ ] DESPESAS MÉDICAS

Atenção! ⇨ Preencha com [X] Para documentação entregue

4. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA AS GARANTIAS DE INVALIDEZ PERMANENTE E DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- [ ] Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível).
- [ ] Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- [ ] CPF da vítima (Cópia simples e legível).
- [ ] Comprovante de Residência em nome da Vítima (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).
- [ ] Autorização de Pagamento / crédito de indenização original, anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários, (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA INVALIDEZ PERMANENTE

- [ ] Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia autenticada e legível).
- [X] Na falta do Laudo do IML, declaração (original) firmada pela vítima e documento firmado pelo médico assistente (original), que comprove a existência da invalidez permanente, com a data da alta definitiva (modelo no balcão de atendimento).
- [ ] Boletim de Atendimento Hospitalar ou Ambulatorial (Cópia simples e legível).
- [ ] Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- [ ] CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- [ ] Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- [ ] Comprovantes (originais e legíveis) das Despesas Médico-Hospitalares (quitados).
- [ ] Notas Fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (Cópia simples e legível).
- [ ] Relatório do Médico Assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (Cópia simples e legível).
- [ ] Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível)
- [ ] CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- [ ] Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data: 02/07/2019

Nome: GEILSON ASSIS DA SILVA

Identidade: RG: 3215 309 SSP/PB

Geilson Assis da Silva

Assinatura do Portador

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

Data: 02/07/2019 [X] Recebi os documentos assinalados

Nome: João I. G. de Morais

Matrícula Correios: 8-478-473-3

Assinatura do Atendente

SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora LIDER

COBERTURA SOLICITADA

( ) MORTE ( ) INVALIDEZ PERMANENTE (x) DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Gilson Aires da Silva

DATA DO ACIDENTE 13/09/2018 POSSUI CPF ( ) SIM ( ) NÃO Nº CPF 066.542.364-08

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

( ) Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
( ) CPF do Representante Legal (cópia simples)
( ) Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

( ) Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
( ) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
( ) Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
( ) Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
( ) Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
( ) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
( ) CPF da vítima (cópia simples)
( ) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
( ) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

( ) Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
( ) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
( ) Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
( ) Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
( ) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
(X) ~~CPF da vítima (cópia simples)~~ CÓPIA DO DOCUMENTO DO VEÍCULO
( ) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
( ) Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

( ) Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
( ) Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ( ) Sim ( ) Não
( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
( ) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
( ) CPF da vítima (cópia simples)
( ) Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
( ) CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
( ) Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
( ) Autorização de pagamento para todos os beneficiários(original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
( ) Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ( ) Sim ( ) Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
( ) Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
( ) Declaração de Cônjuge (original)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)
( ) Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
( ) Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal.
Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
( ) Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
( ) Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
( ) Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a) e o cônjuge
BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
( ) Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
( ) Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
( ) Outros Documentos apresentados: _____

RECEBIDO 10 JAN 2019

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) _____

Quem é o portador? (X) Vítima ( ) Beneficiário ( ) Representante Legal - CPF do portador _____

E-mail _____ Tel. 089419 5926

Data 03/01/2019 Assinatura Gilson Aires da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC PEDRAS DE FOGO SEIPE

Atendente JOÃO IONALDO GONÇALVES DE MORAIS Matrícula 8.478.423-3

Data: 03/01/2019 Assinatura: _____

Alessandra Magalhães

De: Andrea Fonseca
Enviado em: terça-feira, 19 de fevereiro de 2019 15:59
Para: Projeto Correio
Assunto: 26702217 - 3180596969 CANCELAMENTO COM RECADASTRAMENTO DE SINISTRO

Prezados, boa tarde.

Peço cancelar o sinistro acima e recadastrar(como DAMS) conforme reclamação em nossa Central de Relacionamento:

"DISCORDÂNCIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS
Usuário contesta pendencia alegando ter encaminhado laudo do IML e solicitou, conforme checklist na aba Outros, a cobertura DAMS e não invalidez. Favor verificar."

Att.

Andrea Fonseca
Gerência Médica
andrea.fonseca@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4485

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 – 21° andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

INVALIDEZ PERMANENTE e/ou DAMS - Despesas Médicas

Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos

Seguradora Líder - DPVAT

1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA

Data do Acidente: 12/09/2018 | CPF: 066.542.364-08

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome:

[X] A própria Vítima [ ] Representante Legal: Grau de Parentesco:

Endereço: RUA WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS

No. 157 | Complemento: | Bairro: MANGUEIRA

Cidade: FLORES DO PIAUÍ | UF: PARAÍBA | CEP: 58218-000

Telefone: (87) 99919592 6 | Email:

Informações Importantes!

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.
- Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.
- A indenização por Invalidez Permanente é de até R$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.
- O Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares (DAMS) é de até R$ 2.700,00. Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.
- Poderão ser solicitados documentos complementares específicos, conforme legislação em vigor.
- Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.

3. COBERTURA SOLICITADA [ ] INVALIDEZ PERMANENTE [X] DESPESAS MÉDICAS

Atenção! ⇨ Preencha com [X] Para documentação entregue

4. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA AS GARANTIAS DE INVALIDEZ PERMANENTE E DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

[X] Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (~~Cópia Autenticada e legível~~). ORIGINAL

[X] Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).

[ ] CPF da vítima (Cópia simples e legível).

[X] Comprovante de Residência em nome da Vítima (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

[X] Autorização de Pagamento / crédito de Indenização original, anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários; (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA INVALIDEZ PERMANENTE

[ ] Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia autenticada e legível).

[@] Na falta do Laudo do IML, declaração (original) firmada pela vítima e documento firmado pelo médico assistente (original), que comprove a existência da invalidez permanente, com a data da alta definitiva (modelo no balcão de atendimento).

[ ] Boletim de Atendimento Hospitalar ou Ambulatorial (Cópia simples e legível).

[ ] Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).

[ ] CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).

[ ] Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

[ ] Comprovantes (originais e legíveis) das Despesas Médico-Hospitalares (quitados).

[ ] Notas Fiscais (originais e legíveis) da farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (Cópia simples e legível).

[X] Relatório do Médico Assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (Cópia simples e legível).

[ ] Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível)

[ ] CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).

[ ] Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data: 07/12/2018

Nome: GEILSON ASSIS DA SILVA

Identidade: ~~32 1509~~ 32 15309

Assinatura do Portador

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

Data: 07/12/2018 [X] Recebi os documentos assinalados

Nome: JOÃO I. G. DE MORAIS

Matrícula Correios: 8.424.423-9

Assinatura do Atendente

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066286/19

Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA

Data do acidente: 12/09/2018

CPF: 066.542.364-08

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEILSON ASSIS DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GEILSON ASSIS DA SILVA : 066.542.364-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 22/02/2019 Nome: GEILSON ASSIS DA SILVA CPF: 066.542.364-08	Data do cadastramento: 22/02/2019 Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo CPF: 131.414.327-16
GEILSON ASSIS DA SILVA	Karen Rosa de Oliveira Azevedo

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	GELSON ASSIS DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	02/09/86
NOME DA MÃE	MARIA DAS GRAÇAS CORDEIRO DE ASSIS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.108.037
DATA DO ATENDIMENTO	12/09/18
HORA DO ATENDIMENTO	21:13
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDA E DA ÓRBITA ESQUERDA.
CID 10	S02.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, consciente, desorientado, Glasgow 13, com ferimentos corto-contuso na região frontal, abdomen sem queixas, torax com escoriaçãoes. Presença de fratura em órbita esquerda. Fratura infra-orbitária esquerda.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Ultrassonografia FAST
TC de cranio
RX de torax
RX da pelve

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: fratura de rebordo infra-orbitário esquerdo + parede lateral de órbita esquerda + fratura de teto de órbita, sem deslocamento.

TRATAMENTO:

Fraturas sem necessidades de tratamento cirúrgico.

ALTA HOSPITALAR:	13/09/18
DATA DA EMISSÃO:	26/11/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

TIM. 1

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1108037

Identificação do paciente

ID 1325690	Nome GEILSON ASSIS DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 02/09/1966	Idade 32 anos 10 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DAS GRACAS CORDEIRO DE ASSIS			Pai GILVAN RODRIGUES DA SILVA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) ANA MARIA RODRIGUES DA SILVA ASSIS - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 81	Fone Móvel 91422549		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3216300		Nº Cns 701003894120994	
Local de procedência IBIRAJUBA			Tipo MUNICIPIO	UF PE
Email	Naturalidade ITAMBÉ		CBO/R	

Endereço

CEP 58328000	Município de residência PEDRAS DE FOGO	UF PB	Logradouro WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS
Número 157	Complemento		Bairro MANGUEIRA

Admissão

Data e Hora 12/09/2016 21:13:51	Número da pulseira 1000006282102		Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica	
Classificação de risco			Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente MOTOCICLETA X CAMINHAO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]

Dados clínicos

Paciente vítima de acidente automobilístico com episódios de vômito, sonolento, orientado, queixa de dores em corpo, se.

Diagnóstico	CID
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES	Tempo 01min 05seg

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente GEILSON ASSIS DA SILVA		BAE 1100037	Data/Hora Entrada 12/09/2018 21:13:51	Data Baixa
Data de nascimento 02/09/1986	Idade 32a 11d	Sexo Masculino	CNS 701003604120364	Telefone de Contato (81) 91422549
Mãe MARIA DAS GRACAS CORDEIRO DE ASSIS				Prontuário
Endereço WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS, 157		Bairro MANGUEIRA	Município PEDRAS DE FOGO	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X CAMINHAO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional JOSE PIRES DUTRA JUNIOR	Nº Cons. Regional 10550/PB
Data/Hora Classificação 12/09/2018 21:13:51			Data/Hora Prescrição 12/09/2018 21:25:10	

Anamnese

Paciente consciente, desorientado, glasgow 13, vitima de colisão moto-carro, sem uso de capacete, chega ao serviço sem protocolo de imobilização, apresentando ferimento corto-contuso em fronte, sem sinais de sangramento ativo, apresentando escoriações em torax, abdome flacido, sem irritação peritoneal
cd: exames, avaliação da neurocirurgia

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)

RADIOGRAFIA DE PELVE (ANTEROPOSTERIOR)

CID10

Código	Descrição
T00.9	Traumatismos superficiais múltiplos não especificados

Conduta

Em observação

GEILSON ASSIS DA SILVA

JOSE PIRES DUTRA JUNIOR
(CRM: 10550/PB)

Sinalim registrado por: AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES em 12/09/2018 21:14:58

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente GEILSON ASSIS DA SILVA		BAE 1108037	Data/Hora Entrada 12/09/2018 21:13:51	Data Baixa
Data de nascimento 02/09/1986	Idade 32a 11d	Sexo Masculino	CNS 701003694120694	Telefone de Contato (31) 91422549
Mãe MARIA DAS GRACAS CORDEIRO DE ASSIS				Prontuário
Endereço WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS, 157		Bairro MANGUEIRA	Município PEDRAS DE FOGO	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X CAMINHAO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional EVALDO SALES HONFI JUNIOR	Nº Cons. Regional 3935/PB
Data/Hora Classificação 12/09/2018 21:13:51			Data/Hora Prescrição 13/09/2018 00:10:50	

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELA EQUIPE DO SAMU COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO MOTOXCAMINHÃO. NEGA DESMAIO,ALERGIA MEDICAMENTOSA,DOENÇAS DE BASE,RELATA HEMATÊMESE,RELATA VACINAÇÃO CONTRA TETANO EM DIA.

NO MOMENTO PACIENTE CONSCIENTE,ORIENTADO,NORMOCORADO,EUPNEICO,SEM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE,AFEBRIL,EM MACA,VIAS AEREAS PERVIAS.

AO EXAME FÍSICO: MOVIMENTOS OCULARES + ACUIDADE VISUAL PRESERVADOS,FCC EM REGIÃO PERIORBITARIA (E) + EDEMA E EQUIMOSE,BOA ABERTURA BUCAL,MOVIMENTOS MANDIBULARES PRESERVADOS,OCLUSÃO MANTIDA.

TC: OBSERVA-SE HEMOSSINUS EM SEIOS MAXILARES BILATERIAS + ESFENOIDAL + FRONTAL. OBSERVA-SE FRATURA DE REBORDO INFRA ORBITÁRIO (E) + PAREDE LATERAL DE ÓRBITA,FRATURA DE TETO DE ÓRBITA SEM DESLOCAMENTO. FRATURAS SEM NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

CD: 1-ORIENTAÇÕES 2-ALTA BMF 3- AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL

CID10

Código	Descrição
S02.4	Fratura dos ossos malares e maxilares

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

GEILSON ASSIS DA SILVA

EVALDO SALES HONFI JUNIOR
(: 3935/PB)

Boletim registrado por: AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES em 12/09/2018 21:14:56

Cruz Vermelha Brasileira | Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena | GOVERNO DA PARAÍBA

AREA AMARELA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 454554

Paciente GEILSON ASSIS DA SILVA		BAE 1100337	Data/Hora Entrada 12/09/2018 21:13:51	Data Baixa 2018-09-13 00:20:02.0
Data de nascimento 02/08/1995	Idade 22a 11d	Sexo Masculino	CNS 701003004120004	Telefone de Contato (81) 01422549
Mãe MARIA DAS GRACAS CORDEIRO DE ASSIS				Prontuário
Endereço WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS, 157		Bairro MANGUEIRA	Município PEDRAS DE FOGO	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X CAMINHAO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES	Nº Cons. Regional 3355/PB
Data/Hora Classificação 12/09/2018 21:13:51			Data/Hora Prescrição 13/09/2018 00:20:00	

Anamnese

Neurocirurgia

Avalio paciente vitima de acidente automobilistico. Nega dor cervical.
Nega antecedentes prévios.

Ao exame: ECG15, PIFR, sem déficit focal.

TC Cranio: Sem afecções neurocirurgicas de urgência.

Cd:
Oriento sinais de alarme.
Alta da Neurocirurgia.
Cirurgia Geral
Alta hospitalar.

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário
WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES

Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR

Data e Hora
13/09/2018 00:20:02

Observações

GEILSON ASSIS DA SILVA

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES
(: 3355/PB)

Relatório registrado por: [illegible]

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA VERMELHA
Endereço: AV. OCESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 61212

Paciente GEILSON ASSIS DA SILVA		BAE 1108037	Data/Hora Entrada 12/09/2018 21:13:51	Data Baixa
Data de nascimento 02/09/1986	Idade 32a 11d	Sexo Masculino	CNS 701003894120904	Telefone de Contato (81) 91422549
Mãe MARIA DAS GRACAS CORREIRO DE ASSIS				Prontuário
Endereço WILSON RIBEIRO DE MENEZES, 157		Bairro MANGUEIRA	Municipio PEDRAS DE FOGO	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X CAMINHAO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS	Nº Cons. Regional 8267/PB
Data/Hora Classificação 12/09/2018 21:13:5[illegible]			Data/Hora Prescrição 13/09/2018 00:51:36	

Anamnese

Neurocirurgia

Avalio paciente [illegible] acidente automobilistico. Nega dor cervical.
Nega antecedentes [illegible]

Ao exame: ECG15, [illegible] sem déficit focal.

TC Cranio: Sem [illegible] neurocirurgicas de urgência.

Cd:
~~Oriento sinais de [illegible]~~
Alta da Neurocirurgia

Conduta

Em observação

[illegible] ASSIS DA SILVA

FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS
(CRM: 8267/PB)

NICOLLE FERNANDES GOMES em 12/09/2018 21:14:56

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual da Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome		
GEILSON ASSIS DA SILVA		
Data de 02/09/1986	Nº Boletim Emergencia 1108037	Prontuario
Material a examinar		

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PELVE (ANTEROPOSTERIOR)
RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
ULTRASSONOGRAFIA - FAST

Crânio
12 09 18
22 47

Fast
12/09/2018
21 00

RAIOS-X
TIPO ... 12/09
DATA ...
HORA ... 22:05
NOME TÉC. ENF.:
ASS.:

12 de Setembro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831567280 Data Nasc: 02/09/1986 - 32 anos

Paciente: GEILSON ASSIS DA SILVA Data Exame: 12/09/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.
Não há calcificações patológicas.
Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.
Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.
Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.
Fratura do seio maxilar, parede lateral da órbita esquerdas.
Material denso no interior dos seios paranais, podendo corresponder a hemossinus.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 14/09/2018 23:06 .

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831567280
Paciente: GEILSON ASSIS DA SILVA

Data Nasc: 02/09/1986 - 32 anos
Data Exame: 12/09/2018

ULTRA-SONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL (FAST)

Ausencia de liquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico.

Ausencia de lesões parenquimatosa relacionadas ao trauma.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Ultrassonografia dentro dos padrões normais.

** A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 12/09/2018 23:35.

Dr. Tiago Nepomuceno
CRM 6723 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458550 **Cidade:** Itambé **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA **Data do acidente:** 12/09/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO EM REGIÃO PERIORBITAL ESQUERDA. FRATURAS DE OSSOS DA FACE (ORBITAL ESQUERDO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458550 **Cidade:** Itambé **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA **Data do acidente:** 12/09/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO EM REGIÃO PERIORBITAL ESQUERDA. FRATURAS DE OSSOS DA FACE (ORBITAL ESQUERDO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0457951/18

Número do Sinistro: 3180596969

Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA **Data do acidente:** 12/09/2018

CPF: 066.542.364-08 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** GEILSON ASSIS DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML
DUT
Outros

GEILSON ASSIS DA SILVA : 066.542.364-08

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 17/01/2019	Data do cadastramento: 17/01/2019
Nome: GEILSON ASSIS DA SILVA	Nome: Edson da Silva Martins
CPF: 066.542.364-08	CPF: 132.129.557-08
GEILSON ASSIS DA SILVA	Edson da Silva Martins

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0457951/18

Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA **Data do acidente:** 12/09/2018

CPF: 066.542.364-08 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** GEILSON ASSIS DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

GEILSON ASSIS DA SILVA : 066.542.364-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0261992/19

Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA **Data do acidente:** 12/09/2018

CPF: 066.542.364-08 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** GEILSON ASSIS DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GEILSON ASSIS DA SILVA : 066.542.364-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 01/08/2019	Data do cadastramento: 01/08/2019
Nome: GEILSON ASSIS DA SILVA	Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 066.542.364-08	CPF: 158.640.827-59
GEILSON ASSIS DA SILVA	ANDREZA ALVES DA CUNHA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0261992/19

Número do Sinistro: 3190458550

Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA **Data do acidente:** 12/09/2018

CPF: 066.542.364-08 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** GEILSON ASSIS DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentos de identificação
Outros

GEILSON ASSIS DA SILVA : 066.542.364-08

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.